

Patienten ernst nehmen

Gespräch mit Franziska von Arx, Andreas Gerber und Eva Bergsträsser*, von Andrea Six

Was hat sich seit den Anfängen der Kinderschmerzbehandlung verändert?

Gerber: Am deutlichsten ist die Schmerzbehandlung sicher von der veränderten Haltung gegenüber Patienten und Angehörigen beeinflusst worden. Anstatt stur nach Lehrbuch zu behandeln, lassen wir praktische Erfahrungen einfließen. Dazu gehören auch die Erfahrungen des Patienten.

von Arx: Daraus ist ein neues Schmerzkonzept geworden: Ein Leitsatz ist: „Wir nehmen den Patienten und seinen Schmerz ernst“. Das klingt schlicht, bedeutet aber viel mehr als die Vorgabe an Patienten „gehorsam und genesen“, die vor 50 Jahren galt. Heute fühlen sich die Kinder nicht hilflos ausgeliefert, wenn sie bei uns sind.

Bergsträsser: Die Autonomie der Patienten ist sehr wichtig. Früher hielt man schwerkranke Kinder, die nach Morphium verlangten, für süchtig. Heute weiss man, dass Kinder keinen Missbrauch betreiben, sondern tatsächlich mehr Medikamente brauchen.

Aussagen der Kinder berücksichtigen

Wie erkennt man speziell bei einem kleinen Kind, dass es Medikamente braucht?

Bergsträsser:

Bei längerer Dauer ziehen sich die Kinder unter dem Leidensdruck von der Welt zurück. Sie leben wie in einem Kokon. Sie spielen und schlafen nicht und gedeihen schlecht.

von Arx: Es ist eine Herausforderung zu erkennen, wie stark die Schmerzen sind. Hier helfen uns die Schmerzskaleten, also je nach Alter des Kindes angepasste Mess-

methoden, die beispielsweise Mimik und Körperhaltung des Kindes erfassen und, wo möglich, Aussagen des Kindes mit einbeziehen. Schon kleine Kinder können anhand von Bildsymbolen gut mitteilen, ob sie Schmerzen haben.

„Heute fühlen sich die Kinder nicht hilflos ausgeliefert, wenn sie bei uns sind.“ Franziska von Arx



* Franziska von Arx-Strässler ist Pflegeexpertin BScN am Kinderspital Zürich und Co-Leiterin der Schmerzkommission; Dr. Andreas Gerber ist Klinischer Dozent und Leitender Arzt der Anästhesieabteilung des Kinderspitals; Dr. Eva Bergsträsser ist Oberärztin Onkologie und Leiterin der Pädiatrischen Palliative Care.

Aber was machen Sie, wenn ein Patient nicht dazu fähig ist?

von Arx: Neugeborene oder Kinder mit geistigen Beeinträchtigungen können oft nicht eindeutig zeigen, wie sehr es weh tut. Dann analysieren

wir beispielsweise mit der erweiterten Schmerzanamnese weiter. Dazu gehören die Aussagen der Eltern, deren Einstellung zu Schmerzen oder Erfahrungen des Patienten. Eine Art Puzzle entsteht, mit dem wir die Kinder schliesslich verstehen können.

Ist es nicht gefährlich, wenn man nicht sehr exakt weiss, wann genug Schmerzmittel gegeben wurde?

Gerber: Ja, allerdings aus einem anderen Grund, als viele Menschen heute noch glauben: Bei Kindern darf man

„Die Kinder verdienen eine angemessene Behandlung, die tatsächlich die Schmerzen nimmt.“ Dr. Andreas Gerber



„Kinder sollen wenn möglich in ihrer gewohnten Umgebung mit ihren Eltern gesund werden dürfen.“ Dr. Eva Bergsträsser



nicht mit Schmerzmitteln geizen. Wir müssen deutlich mehr Schmerzmittel geben als bei Erwachsenen, um das gleiche Ergebnis zu erzielen. Aus falscher Angst vor vermeintlichen Nebenwirkungen hat man Kindern früher zu wenig Medikamente zugestanden und ihr Leiden in Kauf genommen. Heute weiss man, dass Mengen, die einen Arzt für Erwachsene staunen lassen,

verbunden ist. Bei einer Führung im Kinderspital etwa dürfen Kinder alles kennenlernen und positive Erfahrungen machen.

Bergsträsser: Bei kleineren Kindern führen wir unangenehme Prozeduren in Narkose aus, auch in Fällen, bei denen Erwachsene eher einmal die Zähne zusammen beißen würden.

Watteträgern saugen. Die Süsse des Zuckers und der Saugreiz regen körpereigene schmerzdämpfende Reaktionen an. Manchmal hilft auch der Geruch der Mutter. Bei Kindern ab drei Jahren erreicht man viel mit gezielter Ablenkung. Und ein Lob auszusprechen, ist immer enorm wirkungsvoll.

Auf Teamarbeit setzen

Schlummern denn derartige kreative Ideen in jedem, der ein Kind behandelt?

Bergsträsser: Vielleicht nicht in jedem, aber wir bauen auf Teamarbeit. So können wir alle Talente nutzen. Pflegende beispielsweise haben heute mehr Einfluss. Die Entwicklung dazu am Kinderspital ist international gesehen vorbildlich. Früher wäre es nicht möglich gewesen, dass eine Pflegende entscheidet, wann ein Kind bei einer Prozedur eine Erholungspause braucht. Heute aber übernimmt sie im Team oft die Perspektive des Patienten und ist dessen Anwalt.

Gerber: Wir haben vor zehn Jahren ein Konzept erarbeitet, welches den Pflegenden die zentrale Rolle bei der Erfassung und Behandlung von Schmerzen zuschreibt. Dabei richtet sich das Vorgehen nach erprobten Standards, den sogenannten Standing Orders. So muss das Kind nicht erst warten, bis ein Arzt aus dem Operationsaal zurückkehrt und endlich Zeit hat, eine Spritze zu geben, sondern es erhält sofort ein schmerzstillendes Medikament von der Pflegenden. Mittlerweile haben andere Spitäler dieses System übernommen. Es bewährt sich hervorragend und die Patienten fühlen sich besser.

Schon kleine Kinder entwickeln ein Schmerzgedächtnis,

das sich bei ähnlichen Situationen wieder aktiviert.

bei Kindern gerade erst den Schmerz nehmen. Das ist bereits seit über 20 Jahren belegt. Wir kämpfen aber heute noch dafür, dass die Haltung nicht sein darf „Lieber weniger geben, als erlaubt“. Die Kinder verdienen eine angemessene Behandlung, die tatsächlich die Schmerzen nimmt.

Bergsträsser: Lange Zeit hat man den Neugeborenen ein Schmerzempfinden abgesprochen, kleine Kinder würden sich nicht an Unangenehmes erinnern. Früher erhielten Neugeborene darum keine Medikamente und grössere Kinder nur wenig. Doch es ist erwiesen, dass schon kleine Kinder ein Schmerzgedächtnis entwickeln, das sich bei ähnlichen Situationen wieder aktiviert. Heute wollen wir verhindern, dass ein Schmerzgedächtnis überhaupt entsteht.

Auf Schmerzen vorbereiten

Wie lassen sich in einem Spital schmerzhafte Erfahrungen vermeiden?

von Arx: Ein einfacher Weg ist, die Patienten vorzubereiten, damit nicht die erste Begegnung mit Schmerzen

Gerber: Wenn möglich, sorgen wir dafür, dass Schmerzen gar nicht spürbar werden. Früher wartete man, bis es weh tat, bevor man eingriff. Heute weiss man, dass es mit der sogenannten vorausnehmenden Analgesie besser gelingt, Schmerzen zu kontrollieren: Dazu gehören hautbetäubende Salben vor einem Einstich oder Lachgas, welches das Kind selbst dosieren kann.

Gibt es Situationen, in denen Medikamente nicht helfen?

Bergsträsser: Bei Kindern mit langwierigen Behandlungen, wie etwa bei Krebspatienten, kann nicht jede Prozedur unter Betäubung stattfinden. Damit die Kinder dies tolerieren, muss man auch mal kreativ vorgehen. Etwa indem man mit dem Kind eine Quelle für Mut und Überwindung sucht, wie ein magisches Kuschtier oder einen Kraftstein.

von Arx: Möglichkeiten, Schmerz und Angst bei Säuglingen zu reduzieren, sind das Streicheln und bestimmte Arten, das Kind zu halten. So erfährt es ein Gefühl der Begrenzung in einer fötalen Position. Wirksam ist auch Zuckerlösung, welche Babies von

von Arx: Jede Abteilung hat zudem eine Schmerz-Fachgruppe, die wie Marionettenfäden bei uns zusammenlaufen. Dieses Netz ist sehr flexibel, weil wir stetig Aktuelles aufgreifen. So konnten wir die psychologische Betreuung von Patienten mit Schmerzen oder moderne Techniken bei Frühgeborenen in die Arbeit einfließen lassen.

Gehören die Angehörigen und die Patienten auch zu diesem Team?

Gerber: Die Rolle der Eltern hat sich deutlich gewandelt. Heute geben wir auch starke Schmerzmittel, die gespritzt werden müssen, an Eltern ab. Es ist mittlerweile klar, dass eine Mutter, ein Vater oder eine Grossmutter lernen können, dem Kind eine Spritze zu setzen. Wir sehen heute die Kompetenzen der Angehörigen, anstatt sie

zu übergehen. Für ein schwerkrankes Kind bedeutet das eine Riesenchance, etwa ein Geburtstagsfest daheim zu feiern oder einen Ausflug machen zu können.

Bergsträsser: Früher hielt man für ein krankes Kind die Welt ausserhalb des Spitals für gesundheitsschädlich. Ganz anders heute: Wir möchten, dass Kinder wenn möglich in ihrer gewohnten Umgebung mit ihren Eltern gesund werden dürfen. Für sterbende Kinder ist es ebenfalls ein Trost, zuhause zu sein. Darum ist die ambulante Pflege durch Kinderspitex-Dienste immer wichtiger geworden. Durch unsere Ausbildung am Kinderspital sind diese Pflegenden versiert in der Schmerzbekämpfung und können alle Behandlungstechniken bei Kindern zuhause ausführen.

Neue Aufgaben

Hat die Schmerzbekämpfung damit ihren Höhepunkt erreicht?

Bergsträsser: Die Zukunft wird immer komplexere Schmerzbehandlungen erfordern. Spezialisierung und Intensivmedizin senken die Sterblichkeit, erzeugen damit aber auch neue Krankheitsbilder. Wir werden also weiterhin mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Zudem sind unsere Erfahrungen mit kleinsten Kindern, die sich nicht äussern können, interessant für die Altersmedizin. Denn es gibt erstaunliche Parallelen zur Behandlung von dementen Patienten.

Zur Sache

50 Jahre Kinderanästhesie am Kinderspital Zürich

Als 1961 Peter Dangel als erster Anästhesist am Kinderspital die Arbeit aufnahm, steckte die Schmerzbekämpfung noch in den Kinderschuhen. Zur Narkose tropfte man Äther auf Stoffmasken, und die Überwachung verliess sich auf körperliche Anzeichen, da es keine Überwachungsmonitore gab. Narkoseschwestern führten lediglich Anweisungen aus, selbst wenn sie intensiveren Kontakt zu den Patienten hatten. Seither hat sich die Schmerzbehandlung rasant verändert. Narkosegase wurden durch sichere, verträgliche Stoffe ersetzt, die über elektronische Beatmungseinheiten verabreicht werden oder als Injektionen komplizierte Eingriffe im Wachzustand erlauben. Dank neuer Beatmungsverfahren bei Frühgeborenen sank die Sterblichkeit dieser Patientengruppe stark. 1996 übernahm Andreas Gerber die Abteilung Anästhesie und führte die ersten Intubationen mit flexiblen Glasfasersonden durch. Im Jahr 2001 baute

er die Schmerzfachgruppe auf, welche den Pflegenden eine grössere Verantwortung in der Schmerzbekämpfung auftrug. Aufgrund sogenannter Standing Orders, erprobter Vorgehensweisen für die jeweilige Situation, übernehmen Pflegenden die unverzügliche Versorgung der Patienten und verabreichen Medikamente. Im Jahr 2004 startete Zürich Europas erste Bestrahlungstherapie unter Narkose, von der seither krebskranke Kinder aus ganz Europa profitierten. Seit 2006 setzt Markus Weiss als Chefarzt die Forschung zu Beatmungs- und Infusionstechniken sowie postoperativen Problemen fort. Innovationen in der Medizin wären undenkbar, hätte nicht die Schmerzbekämpfung Schritt gehalten und deren Weg bereitet. Doch im Zeitalter der technisierten Medizin bleibt das Anliegen der Anästhesisten unverändert: Schmerzen der kleinen Patienten zu lindern oder gar zu verhüten. (Andrea Six)



Die Arzneimitteltherapie bei kleinen Patienten steckt in den Kinderschuhen.

Das muss geändert werden, dafür setzt sich Priska Vonbach ein.

Eine verantwortungsvolle Aufgabe – wird sie gelöst,

kommen viele Patienten zu neuen Kräften.

Apothekerin der kleinen Dosierung

Porträt von Priska Vonbach, von Marco Stücheli

Ordner stapeln sich im Büro von Priska Vonbach, Fachbücher füllen das Gestell. Eine persönliche Bibliothek zu Arzneimitteln, gesetzlichen Bestimmungen, Publikationen und neusten Erkenntnissen umrahmt das Büro der 36-jährigen Apothekerin. Priska

Vonbach, selber Mutter von drei Kleinkindern, leitet seit vier Jahren den Pharmazeutischen Dienst des Kinderspitals.

„Mich fasziniert die klinische Pharmazie – die Optimierung der Verordnung und die Anwendung von Medikamenten,“

sagt sie überzeugt. Bereits nach dem Pharmaziestudium an der ETH hat sie in diesem Teilgebiet ihre Dissertation in angewandter Forschung geschrieben. „Es hört sich vielleicht trocken an, ist es aber überhaupt nicht. Ich habe eine äusserst vielfältige Stelle.“

Wegweisendes Nachschlagewerk

Gemeinsam mit ihrem Team von drei zusätzlichen Apothekerinnen und vier Pharma-Assistentinnen regelt, kontrolliert und optimiert sie die Arzneimitteltherapie für die Patienten des Kinderspitals. Diese Arbeit besteht aus zwei wesentlichen Gebieten: Aus der klinischen Pharmazie sowie aus der eigentlichen Medikamenten-Logistik.

Zur klinischen Pharmazie gehört beispielsweise der Vorsitz in der Arzneimittelkommission. Das Gremium trägt die Verantwortung für die Arzneimittelliste und das interne Dosierungsbüchlein unter Berücksichtigung festgelegter Kriterien. 2009 publizierte Vonbach erstmalig dieses Nachschlagewerk in völlig neuer Fassung, welches sämtlichen Ärzten am Kinderspital als Richtlinie für die freie Verordnung von Medikamenten dient. An dieser einzigartigen, 300 Seiten starken Fibel mit über 330 verschiedenen Wirkstoffen orientieren sich auch andere Kliniken, öffentliche Apotheken und niedergelassene Kinderärzte.

Täglich am Krankenbett

Eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegefachpersonen am Patientenbett gehört zum Alltag. „Wie können wir die Arzneimittel-Therapie für den Patienten noch besser machen? Wie soll von Fall zu Fall die Dosierung sein? Diese und viele weitere Fragen fordern uns täglich heraus,“ erzählt Vonbach.

Die Arzneimittelforschung ist bei Kindern aus ethischen und organisatorischen Gründen schwierig. Darüber

hinaus forscht die Pharma-Industrie wegen zu geringem Absatz bei den Patientengruppen der Früh- und Neugeborenen, der Säuglinge, der Kleinkinder, Kinder und Jugendlichen kaum. Gezwungenermassen erfolgt daher die Medikamenten-Verordnung bei rund der Hälfte der Fälle ausserhalb der Zulassung. Gerade deshalb ist für Vonbach das nationale Netzwerk, der Austausch über die Fachgesellschaft der Spitalapotheker und mit Forschenden von grosser Bedeutung. Denn Wirksamkeit und Sicherheit müssen auch bei Kindern möglichst evidenzbasiert gegeben sein.

Im zweiten Aufgabengebiet – der Medikamenten-Logistik – unterstützen Pharma-Assistentinnen die Apothekerinnen bei Einkauf, Lagerung und Lieferung. Der universitäre Anspruch des Kinderspitals sowie die Beschaffung von vielen für Kinder nicht zugelassenen Medikamenten machen dieses Aufgabengebiet sehr komplex.

Durch Forschung weiterkommen

Zum Alltag der Abteilungsleiterin gehören auch administrative und organisatorische Aufgaben wie die Mitarbeiterführung, die Qualitätssicherung oder die Schulung von Fachpersonen im Umgang mit Medikamenten. „Die Zeit für Forschung ist dabei immer etwas knapp,“ ergänzt Vonbach. Trotzdem setzt sie sich mit Engagement für Lehre und Forschung ein: Sie doziert an der ZHAW im Bachelor in Nursing Science, bildet Apotheker in Spitalpharmazie weiter und betreut wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Kinder-Arzneimitteltherapie.

Priska Vonbach ist es ein grosses Anliegen, trotz schwierigen Forschungsbedingungen Fortschritte in der Kinder-Arzneimitteltherapie zu erreichen. Hoffnung gibt ihr die 2007 in der EU in Kraft getretene Verordnung über Arzneimittel in der Pädiatrie. Diese begünstigt und unterstützt Pharmaunternehmen mit der Verlängerung von Patenten, wenn sie Studien bei Kindern durchführen. In der Schweiz ist ein ähnliches Gesetz in Bearbeitung. Bereits sind positive Veränderungen erfolgt – die Zahl der klinischen Studien in der Kinder-Arzneimitteltherapie hat in den letzten zwei Jahren zugenommen. Und sechs solche Studien betreut der Pharmazeutische Dienst zurzeit gleich selber mit.



Das Nachschlagewerk aus dem Kinderspital Zürich für die Arzneimittelabgabe an Kinder hat sich etabliert.

Seit ihrem Verbrennungsunfall hat Isabel einen ständigen Begleiter: Den Schmerz.

Brandverletzte wie sie müssen bis ins Alter mit den Unfallfolgen leben.

Isabels Welt

Reportage von Marco Stücheli



Der Tag war heiss, die anbrechende Nacht war vielversprechend. Ein perfekter, lauer Sommerabend für eine Grillparty. Die Kohle kam ins Glühen, das Fleisch stand schon bereit. Erwartungsvoll standen Isabel (14) und ihre Freunde um den Rost. Munter wurde drauflos gequasselt, gelacht und geneckt. Wie könnte das Wochenende besser beginnen!

Langsam wurde das Loch im Bauch immer grösser. Doch die Kohle liess auf sich warten. Warum geht es nicht vorwärts?! Und da war sie schon, die zündende Idee: Voller Übermut ergriff ein Kumpan die Flasche und kippte Petrol ins Feuer. Explosionsartig schossen die Flammen in die Höhe. Isabel wurde erwischt. Sie brannte.

Ohne zögern und überlegen, sprang sie geistesgegenwärtig über den Zaun zum Nachbargarten und warf sich in das modrige Wasser eines stillgelegten Pools. „Ich spürte nichts in diesem Moment. Es tat nicht weh,“ erzählt die aufgeweckte junge Bernerin heute

und fügt sogleich an: „aber dann – den Rest weiss ich nicht mehr wirklich.“ Ihre Erinnerungen sind bruchstückhaft.

Ihre Freunde alarmierten die Sanität. Es dauerte ewig. Passanten kamen und wollten ebenfalls die Rettung rufen. Da war er endlich, der Notarzt. Isabel wurde versorgt. Viele, zu viele unbekannte Augen schauten. „Mir ist kalt“, habe sie immer wieder gesagt.

Mit Wärmedecke und einer Schmerzmittelinfusion versorgt, wurde Isabel mit der Rega ins Kinderspital Zürich geflogen. Sofort folgte eine dreistündige Operation. Gut ein Dutzend Ärzte verschiedenster Disziplinen kümmerten sich um sie. Als die junge Notfallpatientin wieder zu sich kam, lag sie auf der Intensivstation des Kinderspitals. Sobald der Zustand Isabels stabil war, wurde sie auf die Abteilung für brandverletzte Kinder verlegt. Ab diesem Moment konnte die eigentliche Behandlung der brandverletzten Haut beginnen.

Schmerzmanagement

„Am Anfang war es hart. Ich konnte mich nicht bewegen. Ich musste ganz still im Bett liegen. Für Notfälle oder wenn ich Schmerzen hatte, hatte ich eine Alarmglocke bei meinen Füssen. Mit meinem grossen Zehen konnte ich läuten,“ erzählt die Jugendliche. Es ist erstaunlich, wie offen sie in ihren jungen Jahren über ihren Unfall spricht.

Das Schmerzmanagement gegen die Brandverletzungen funktionierte relativ rasch und gut. Tabletten und Tropfen linderten ihre schmerzhaften Leiden. Aber das Stechen für wiederholt neue Infusionen und das Verbandswechseln an jedem zweiten Tag waren eine Tortur. Zuerst musste sie durch eine Maske Betäubungsgas einatmen. „Erdbeere, es roch nach Erdbeere. Ich durfte den Duft selber auswählen.“ Unter Narkose bekam sie anschliessend die frischen Verbände und Kunsthaut.

Eine starke Entzündungsreaktion, welche von der Kunsthaut des rechten Armes ausging, bereitete ihr starke Schmerzen. Sie hatte weitere starke Schmerzen, wusste aber nicht, wo und was es war. „Mir war den ganzen Tag über schlecht,“ erzählt Isabel. Sie merkte kaum, dass ihr Kreislauf gegen 22 Uhr zusammenbrach. Das Pflegepersonal und die Ärzte kamen angerannt. Die junge Patientin musste so rasch wie möglich auf die Intensivstation. Dort bekam sie am Fuss eine neue Infusion gelegt. Es musste rasch gehen. Der Schmerz war entsetzlich.

Narben auf der Haut – Narben auf der Seele

Die Haut ist als Wahrnehmungsorgan und als Grenze zwischen Individuum und seiner Umwelt ein auch in psychologischer Hinsicht ausserordentlich wichtiges Organ. Sie dient nicht nur dem Schutz vor der Umwelt, sie ermöglicht auch den Kontakt mit ihr. Schwere Brandverletzungen und deren Behandlung gehören zu den schlimmsten Erfahrungen, die ein Kind machen kann. Das betroffene Kind und seine Familie müssen eine Vielzahl von Belastungen wie das Unfalltrauma, eine schmerzhafteste Behandlung, eine lange Hospitalisation, zum Teil Schuldgefühle, aufwendige Rehabilitation, bleibende funktionelle Einschränkungen und kosmetische Folgen aushalten und bewältigen. Diese Belastungen führen dazu, dass brandverletzte Kinder sowohl während der medizinischen Behandlung als auch im Langzeitverlauf ein erhöhtes Risiko besitzen, eine psychische Störung zu entwickeln. Zur Prävention, Diagnosestellung und kompetenten Behandlung integriert das Kinderspital psychologische Fachpersonen in das Behandlungsteam.

„Du musst dich da hindurchbeissen“, habe sie sich immer wieder gesagt. An diese lange Nacht erinnert sich das tapferere Mädchen nur ungern zurück.

Unterdessen kann Isabel im Bett wieder sitzen und darf sich bewegen. Wie viele Operationen es seither gewesen waren, weiss sie nicht. „Vielleicht 20 bis 30. Aber ‚Operationen‘ ist eh das falsche Wort: Die Chirurgen sprechen von Eingriffen,“ klärt sie auf.

Endlos

Patienten mit Brandverletzungen gehören zu jenen Patienten mit der längsten Aufenthaltsdauer im Kinderspital. Isabel ist seit dem ersten April in Zürich stationiert. Wenn alles gut geht, darf sie Ende Juni wieder nach Hause. „Aber bald schon ist Pfingsten und ich darf dann vielleicht über die Feiertage nach Hause,“ erzählt sie voller Hoffnung. Bis dahin und natürlich wieder zurück im Spital, muss die Jugendliche hart für ihre Heilung arbeiten.

Auch während des Gesprächs massiert und dehnt eine Ergotherapeutin die Finger und den Handrücken des Mädchens. Es sei sehr wichtig, dass sie die Übungen regelmässig mache. Ansonsten könnten sich die Gelenke versteifen und starke Schmerzen auftreten, erklärt die Therapeutin. Zur

möglichst optimalen Wundheilung trägt Isabel Kompressionsanzüge. Eine unangenehme Sache: Der Massanzug ist sehr eng und schränkt die Bewegungsfreiheit stark ein. Brandverletzte Kinder neigen in einem solchen Moment dazu, für den Alltag wichtige Bewegungen zu umgehen. Die Folgen davon sind gravierend, die Gelenke können Schaden nehmen.

Die anfänglichen Therapieschmerzen haben abgenommen. Auch Fortschritte sind unterdessen gut zu sehen. Trotzdem, der Heilungsprozess wird nie ganz abgeschlossen sein. Möglicherweise sind mittel- bis langfristig kleinere kosmetische Korrektur Eingriffe nötig. Neben dem physischen Schmerz darf man den psychischen nicht ausser Acht lassen. Die Verarbeitung des Unfalls und des Geschehens danach sowie die aktuelle Situation benötigt Unterstützung eines Experten. Der Psychologe Markus Landolt verfügt über langjährige Erfahrung in diesem Bereich. Er kennt die Probleme brandverletzter Kinder und Jugendlichen. Er und sein Team schaffen es auch immer wieder, den Zugang zu ihnen zu finden.

Freundschaften helfen

Bei der lebensfrohen jungen Bernerin hatte er einfaches Spiel. Isabel meistert ihre Situation erstaunlich erwachsen und hat sich damit abgefunden. Tapfer stellt sie sich den vielen Leuten, die etwas von ihr wollen: dem Pflegepersonal, den Ärzten, den Therapeuten. „Es ist so toll, ich werde oft besucht,“ freut sie sich. Und fügt mit schlechtem Gewissen an, dass sie manchmal den Spitalkoller an ihren Eltern auslassen würde, das tue ihr jeweils sofort sehr leid. Gute Beziehungen und Freundschaften sind für Patienten in einer solchen Situation äusserst wichtig. Unzählige Genesungswünsche schmücken die dem Bett gegenüberliegende Wand. Das motiviert Isabel, genauso wie die persönliche Beziehung zu ihrer Bezugspflegerin. Und manchmal kommt fast schon Partystimmung auf. Erst kürzlich verfolgte sie zusammen mit ihrer Schwester und deren Freund die königliche Hochzeit von Kate und William. Und dank der modernen Technologie ist Isabel per Internet stetig mit der Aussenwelt im Kontakt, so auch mit einem Kumpel: Mit ihm mailt sie fast täglich.

Isabel freut sich enorm darauf, wieder in die Schule zurück zu kehren. Ihr Platz in der Schulbank wartet bereits auf sie. Ein guter Freund hat ihn extra für sie frei gehalten.

Genesungswünsche und Freundschaftsgrüße im Spitalzimmer.



